[서식 1]

선천성대사이상 (▢ 선별검사비 ▢ 확진검사비) 신청서

1. 대상자 성명		2. 성별	남( ) 여( )	3. 출생일	
4. 신청인 성명		5. 생년월일 (보호자)		6. 연락처(휴대폰)	
5. 주소(거주지)					
7. 선별검사	① 검사명	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)	
	① 검사명	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)	
8. 확진검사	① 검사명	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)	
9. 확진검사 결과 (진단명)					

지원금액: 원 예금주) 은행명) 계좌번호)

위와 같이 선천성대사이상 (▢ 선별검사비 ▢ 확진검사비) 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (서명)

보건소장 귀하

< 제출서류 >

- 주민등록등본 1부*
- 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*
  - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능
- 검사비 영수증, 검사비 세부내역서 각 1부
- 지원금 입금계좌통장 사본 1부
- (확진검사비) 진단서 등 확진 관련 증빙서류 추가 제출

* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능

[서식 2]

<table>
<tr><th colspan="6">선천성대사이상 환아관리 (▢ 특수식이 ▢ 의료비) 신청서</th></tr>
<tr><td>1. 대상자 성명</td><td></td><td>2. 주민등록번호</td><td></td><td>3. 보호자 성명</td><td></td></tr>
<tr><td>4. 주소(거주지)</td><td colspan="3"></td><td>5. 연락처
(휴대폰)</td><td></td></tr>
<tr><td>6. 질환명</td><td></td><td>7. 진단기관명
(소재지)</td><td></td><td>8. 진단일자</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">9. 신청 내용</td><td colspan="3">▢ 특수조제분유
· 분유명: · 월 신청량:</td><td colspan="2">▢ 저단백햇반
· 월 신청량:</td></tr>
<tr><td colspan="5">▢ 의료비(선천성 갑상선기능저하증)
· 치료기간: · 의료비 발생액:
· 지원금 입금계좌: 예금주) 은행명) 계좌번호)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">10. 지원결정
내용</td><td colspan="3">▢ 특수조제분유
· 분유명:
· 월 지원량: (추가지원:)</td><td colspan="2">▢ 저단백햇반
· 월 지원량:</td></tr>
<tr><td colspan="5">▢ 의료비(선천성 갑상선기능저하증)
· 치료기간: · 지원결정액:</td></tr>
<tr><td colspan="6">위와 같이 선천성대사이상 환아관리 (▢ 특수식이 ▢ 의료비) 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (서명)

보건소장 귀하</td></tr>
</table>

< 제출서류 >

[선천성대사이상 및 기타 질환(크론병 제외) 환아 특수식이 신청]

- 진단서 1부(최초 신청)
  - 진단서에 분유명, 필요량(1일 또는 월간) 등이 명시되지 않은 경우, 해당 내용이 기재된 소견서 제출 필요
- 소견서(또는 진단서) 1부(환아 등록 이후 변경사항 발생)
- 주민등록등본 1부*

  * 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능

[크론병 환아 특수조제분유 신청]

- 진단서 1부(최초 신청, 재발)
- 진료확인서 1부(집중치료기간 경과 후 추가 신청 시)
- 주민등록등본 1부*

  * 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능

[선천성 갑상선기능저하증 의료비 신청]

- 진단서 1부(최초 신청)
- 진료비(약제비 포함) 영수증 및 세부내역서 각 1부
- 지원금 입금계좌통장 사본 1부(최초 신청, 변경사항 발생)
- 주민등록등본 1부*

  * 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능